

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° 216

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Madame BARBIER

(NÉE MARGUERITE JACOB)

Externe des Hôpitaux

LA GRIPPE DE 1918-1919

DANS UN SERVICE DE

L'Hôpital Saint-Antoine

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

216

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Madame BARBIER

(NÉE MARGUERITE JACOB)

Externe des Hôpitaux

LA GRIPPE DE 1918-1919

DANS UN SERVICE DE



L'Hôpital Saint-Antoine

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	N.
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUREU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFRENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
ESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR BOULLOCHE

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre profonde gratitude pour la bien-
veillance qu'il n'a jamais cessé de nous
témoigner et pour l'enseignement que
nous avons reçu de lui.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE

M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE (*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

Externat

M. LE PROFESSEUR RECLUS (*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

MONSIEUR LE DOCTEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR LION

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE
(fonction d'interne 1914-16)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BRÜHL

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

LA GRIPPE DE 1918-1919

DANS UN SERVICE DE

L'Hôpital Saint-Antoine

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de suivre, étant externe dans le service de notre maître, M. le docteur Siredey, quelques grippées pendant l'épidémie 1918-1919. Les cas furent extrêmement nombreux à Paris à partir du mois d'août 1918, tous les hôpitaux reçurent un grand nombre de malades.

Les services furent rapidement encombrés et il fallut créer de toutes parts des salles spéciales pour les grippés. A ce moment l'administration demanda à M. Siredey de consacrer une de ses salles aux femmes grippées. C'est ce nombre restreint de malades que nous avons pu suivre assez complètement malgré le mouvement très accentué des malades. Les conditions dans lesquelles nous nous trouvions, avec un personnel très réduit, tant au point de vue des élèves que des infirmières, ne nous ont pas permis de poursuivre toutes les recherches scientifiques que comportait l'épidémie, les recherches de laboratoire notamment furent fortement négligées.

Nous voulons tout de même espérer que ce petit nombre de cas vus dans leur ensemble et avec leurs particularités, fourniront une légère contribution à l'étude de l'épidémie actuelle.

Nous ne saurions trop remercier notre maître, M. le docteur Siredey, qui a bien voulu nous guider dans notre travail et nous prodiguer ses conseils si autorisés. Nous ne saurions, non plus, oublier tout ce que nous devons à ses leçons cliniques faites au chevet des malades et tout ce qu'elles contenaient pour nous de précieux enseignement. Nous lui sommes, enfin, tout particulièrement reconnaissante pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant notre séjour dans son service.

Nous remercions son interne, Mlle Thivolet, qui a eu l'obligeance de nous remettre le dossier des observations de grippe, complété et annoté par elle, particulièrement en ce qui concerne le détail des autopsies.

CHAPITRE PREMIER

Ensemble de l'épidémie dans le service.

L'épidémie de grippe actuelle, qui dure depuis un an, comptera parmi les plus longues et les plus meurtrières. Elle peut être comparée, comme durée, à celle de 1580 qui débuta en hiver et évolua jusqu'à l'hiver suivant. Comme gravité elle se rapproche de celle de 1836-37, pendant laquelle on nota une mortalité de 50 o/o dans les cas présentant des complications pulmonaires. Dans son ensemble, c'est à cette dernière épidémie qu'on peut plus spécialement la comparer pour la fréquence des complications pulmonaires, la gravité et le nombre des cas.

L'épidémie qui débuta en avril 1918 garda jusqu'en juillet une allure bénigne, les médecins qui avaient vu l'épidémie de 1889 s'inquiétèrent, mais les jeunes étudiants et docteurs comprenaient mal cette préoccupation, ils furent vite convaincus lorsqu'au mois d'août les cas se multiplièrent et, surtout, s'aggravèrent.

Malgré les nombreuses salles qui se créaient partout pour recevoir des malades, lits et brancards

furent tous utilisés rapidement, les salles étaient combles. Des familles entières se présentaient aux consultations pour être hospitalisées. Des malades cyanosées, dyspnéiques, angoissées, parfois mourantes ne pouvaient être refusées, il fallait les coucher sur des matelas, par terre, dans les couloirs ou à l'entrée des salles en attendant un lit. Un certain nombre d'entre elles mouraient après quelques heures de séjour à l'hôpital. Plusieurs décès par famille n'étaient pas chose rare : telle malade venait de perdre son mari, sa mère et avait encore plusieurs grippés moins graves chez elle. Nous nous trouvions vraiment en face d'une grande épidémie, devant laquelle nous nous sentions impuissants. Certains, même, devant la gravité des symptômes et l'allure foudroyante de la maladie allèrent jusqu'à penser à la peste, au choléra. Il s'agissait bien cependant de la grippe et *nous ne retrouverons pas dans nos cas de complications ou de faits qui n'aient déjà été signalés dans une épidémie antérieure.*

Il est vrai que nos cas ne sont pas très nombreux mais ils contiennent néanmoins toutes les variétés et complications signalées dans les divers travaux déjà parus, sur l'épidémie actuelle. Nous avons vu quelques gripes simples, des formes toxémiques, des complications pulmonaires et pleurales, des complications nerveuses, des accidents gastro-intestinaux, des gripes chez des femmes enceintes, des complications génitales et urinaires. Nos observations peuvent donc donner un aperçu, une vue d'en-

semble, en raccourci, de ce qu'est l'épidémie actuelle, c'est à ce point de vue qu'elles nous ont paru intéressantes.

Les quelques malades que nous avons suivies, au nombre de 100, appartenaient exclusivement au sexe féminin. Les premières se présentèrent à notre observation vers la fin de septembre 1918 et nous en voyions encore au commencement de mai 1919, alors que le service avait repris son affectation normale.

Une des premières choses qui ait attiré notre attention a été la *fréquence des gripes chez les sujets jeunes*, notre salle était en grande partie remplie par des malades de quinze à trente ans. Lorsque toutes nos observations ont été réunies nous avons cherché quels chiffres nous donnerait l'ensemble des âges et nous avons trouvé, sur 100 cas :

80 malades de quinze à trente-cinq ans, soit 80 o/o.

20 malades de plus de trente-cinq ans, soit 20 o/o, la mortalité restant dans la même proportion.

Les sujets jeunes paraissent donc avoir payé un plus lourd tribut à la grippe que les personnes plus âgées. Il en fut ainsi dans toutes les épidémies ; dans l'épidémie actuelle, leur nombre est non seulement élevé, mais ils ont, en outre, présenté des formes plus sévères que celles des enfants et des vieillards. Nous avons été plusieurs fois surpris de voir, dans les salles, des malades vigoureuses et sans antécédents pathologiques, succomber en quelques jours alors que des grippées de cinquante à soixante-dix ans, dont certaines étaient de pauvres épaves des

régions dévastées, se rétablissaient rapidement et complètement. M. Leuret, dans un article sur l'épidémie actuelle (*Journal médical français*, janvier 1919), dit également :

« J'ai vu plusieurs personnes ayant passé la soixantaine atteinte de la même forme grave contractée dans leur entourage familial, perdre plusieurs membres jeunes de leur famille paraissant très résistants, et résister elle-même à l'évolution du même mal qui avait débuté de la même façon et certainement puisé à la même source microbienne. »

Ce fait a aussi été signalé dans diverses épidémies, notamment dans celle de 1836-1837, dans celle de l'an XIII : « La maladie attaque particulièrement les personnes d'une forte constitution, jouissant en apparence de la meilleure santé » (*Dissertation sur l'épidémie de grippe de Grey*, an XIII, Banquet, 1806. Thèse de Paris, n° 122).

Il n'en est pas toujours ainsi, certaines épidémies, celle de 1870, par exemple, ont une tendance inverse : « Les points extrêmes de la vie sont donc les plus menacés, tandis qu'elle est rarement mortelle pour les adultes, bien qu'elle en affecte un nombre considérable » (*Etude sur la grippe*, Leroy, 1870, n° 24, Thèse de Paris).

Les 100 cas suivis dans le service se répartissent de la façon suivante :

34 gripes simples ;

48 gripes compliquées guéries ;

18 décès.

Nous avons considéré comme forme simple, suivant l'opinion classique, celle qui s'accompagne seulement de catarrhe oculo-nasal, d'angine et de bronchite légère.

Toutes les formes compliquées, que la maladie se soit terminée par la mort ou par la guérison, sauf un cas, ont présenté des complications pulmonaires ou pleurales, c'est dire une *importance* et une *fréquence marquées des accidents thoraciques* puisque sur nos 100 malades nous les avons rencontrés soixante-cinq fois, soit une proportion de 65 o/o.

C'est dire aussi que nos diverses autres complications qui sont :

- 2 tuberculoses aiguës ;
- 5 complications nerveuses ;
- 2 complications urinaires ;
- 1 éruption ;
- 4 complications génitales.

n'ont presque jamais existé isolément. *Ce sont les formes thoraciques qui ont dominé, le plus souvent, la symptomatologie et ce sont elles qui ont fait la gravité de l'affection*, c'est ce qui nous paraît le trait le plus saillant, le fait le plus évident dans ce que nous avons vu.

La moyenne de 65 complications sur 100 cas peut paraître élevée, mais il ne faut pas oublier que c'est une moyenne d'hôpital, les formes légères de la grippe sont aisément traitées au dehors, ce sont les formes sévères, compliquées qui nécessitent l'hospi-

talisation. Il est donc probable que le pourcentage des complications a été beaucoup moins élevé en ville que dans les milieux hospitaliers.

La même remarque peut également s'appliquer au nombre des décès. Nous avons eu une mortalité de 18 o/o. Sur ces 18 décès, 8 d'entre eux survinrent dans les vingt-quatre premières heures du séjour à l'hôpital, c'est dire combien l'état de ces malades était grave et la thérapeutique impuissante.

La mortalité a bien été de 18 o/o de fin septembre 1918 à mai 1919, mais les cas ont été différemment répartis selon les mois, les tableaux suivants l'indiqueront mieux qu'un long développement.

	Octobre	Novembre	Décembre	Janv. à Mai
Décès.....	18 o/o	33 o/o	8 o/o	0
Guérisons..	82 o/o	66 o/o	91 o/o	100 o/o
Mortalité globale 18 o/o				
Guérisons 82 o/o				
Septembre.....	1 compliquée guérie.			
Octobre.....	18 simples.			
	23 compliquées guéries.			
	9 décès.			
	50 cas dont 8 décès. Mortalité 18 o/o.			
Novembre.....	5 simples.			
	11 compliquées guéries.			
	8 décès.			
	24 cas dont 8 décès. Mortalité 33 o/o.			
Décembre.....	6 simples.			
	5 compliquées guéries.			
	1 décès.			
	12 cas dont un décès. Mortalité 8,3 o/o.			

Janvier	1 compliquée guérie.
Février	4 simples.
	5 compliquées guéries.
Mars	1 compliquée guérie.
	1 simple.
Avril	1 simple.

Cet ensemble, portant sur un nombre aussi restreint de malades, reste cependant bien dans la proportion donnée par la statistique municipale de Paris que M. Cruveilhier cite dans le *Journal Médical français* (janvier 1919) avec maximum des cas et de la mortalité en octobre et novembre 1918.

Nous nous occuperons d'abord des formes de la grippe suivant sa virulence : *formes simples, formes toxémiques, formes avec dépression nerveuse*. Nous parlerons ensuite des diverses complications : *pulmonaires, pleurales*, nous citerons une grippe à *forme de fluxion de poitrine* et *deux tuberculoses aiguës* survenues chez des grippées. Nous prendrons ensuite les autres complications : *nerveuses, urinaires, cutanées*. Nous mettrons dans un chapitre spécial les *complications génitales* et les cas de *grippe chez des femmes enceintes*. Nous finirons par un mot sur la thérapeutique employée et sur une comparaison entre les épidémies antérieures et ce que nous avons observé de l'épidémie actuelle.

CHAPITRE II

Formes de la grippe suivant sa virulence

Les *formes simples* qui ont été observées à l'hôpital sont peu nombreuses et plusieurs d'entre elles eurent pour cause des contagions intérieures au moment où des grippées étaient reçues dans les salles de malades génitales ou chroniques. Il n'y eut pas à l'hôpital de ces formes extrêmement légères, surtout observées au mois de mai, formes dont la symptomatologie se réduisit parfois à de la courbature et à une élévation thermique de quelques dixièmes de degré, le tout évoluant en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Nous avons retrouvé dans les cas simples les symptômes habituels du début ; céphalée en général assez vive, courbature plus ou moins accentuée s'étendant le plus souvent aux lombes et aux membres inférieurs, parfois généralisée, un peu d'angine avec rougeur diffuse de la gorge, assez fréquemment des épistaxis, des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée et plus souvent des nausées et des vomissements. Le catarrhe oculo-nasal, par contre, si fréquemment observé dans de nombreuses épidémies

nous a paru peu fréquent. Nous ne nous souvenons pas de l'avoir rencontré avant le mois de mars 1919, et cependant, les grippées contaminées dans le service ont été suivies depuis le début de leur grippe, c'est-à-dire au moment où ce symptôme aurait dû apparaître. Au mois de mars et d'avril, cependant, c'est-à-dire à la fin de l'épidémie, quelques-unes de nos malades entrèrent avec les yeux larmoyants, les conjonctives injectées, du coryza, un facies vultueux, une petite toux sèche et nerveuse, elles donnaient l'impression de rougeole au début et nous étions tentée, au premier aspect, de rechercher le signe de Koplik ou un début d'éruption. M. Gouget, dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux signale aussi l'absence habituelle d'écoulement nasal dans l'épidémie parisienne. Nous n'avons également rencontré qu'une seule fois une réaction du côté de l'oreille, il s'agissait d'une simple douleur spontanée chez une de nos rares malades ayant présenté du catarrhe oculo-nasal. Il est permis de se demander si l'absence d'otites et de sinusites n'a pas été précisément due aux faibles réactions des muqueuses oculaires et nasales à l'infection grippale, durant cette épidémie.

Les grippes après un début plus ou moins brusque, laissant les unes vaquer à leurs occupations, obligeant les autres à s'aliter immédiatement, gardaient en général une température aux environs de 39 degrés pendant quatre ou cinq jours, au bout de quarante-huit heures survenait souvent une toux légère

s'accompagnant de sibilances disséminées sur la hauteur des deux poumons. La chute de la température avait lieu vers le septième jour, chez 4 de nos malades elle fut précédée par le V grippal, après cette défervescence persistait une asthénie profonde tout à fait disproportionnée avec la longueur de la maladie.

Voici une observation de forme simple survenue chez une malade génitale en traitement dans le service.

OBSERVATION I. — *Grippe forme simple. — Guérison.*

P..., Suzanne, vingt-trois ans.

Le 6 février la malade se plaint d'une courbature généralisée et de céphalée, elle a de la diarrhée. Elle ne présente ni catarrhe, ni angine, ni signes physiques du côté du thorax. La température est de 37°3 le matin, 37°8 le soir.

Le 7, toux légère, température 37°6, 38°4, la diarrhée persiste, léger point de côté à droite, cependant aucun signe pulmonaire. Elle présente la raie blanche de Sargent, apparaissant lentement et durant longtemps.

Elle se dit très abattue, la tension artérielle, mesurée au sphygmomanomètre de Pachon est de 10,5 maxima, 6,5 minima.

Le 8, la diarrhée a cessé, température 37°8, 38°4.

Le 9 et le 10, la température s'abaisse, rappelant le V grippal, le 10 au soir 39°2,

Le 11, vomissement bilieux. le même jour la température tombe à 37°9 et ne dépasse plus 38 degrés à partir de ce moment.

Le 17, la malade est apyrétique.

La grippe a évolué en onze jours et la température n'a pas dépassé 39°2.

Les formes avec dépression nerveuse furent nombreuses parmi nos malades, dès le début de la grippe, l'abattement, la fatigue étaient tels que les malades devaient s'aliter immédiatement. Mlle P..., vingt-trois ans, est prise de fatigue extrême en faisant sa lessive, elle s'était sentie absolument dispose au moment d'entreprendre cette pénible besogne, elle est obligée d'interrompre son travail et d'aller s'aliter. Mme H..., vingt-neuf ans, veut se lever pour aller soigner ses trois filles grippées lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle-même ne peut se tenir debout.

Cette asthénie fait que les malades restent souvent apathiques dans leur lit et sont peu disposées à se prêter à un examen quelconque, ne fût-ce qu'à l'auscultation assise. Cet état persiste souvent pendant la convalescence et rend les malades impropres à un travail suivi.

La pression artérielle que nous prenions au moyen de l'oscillomètre de Pachon a été le plus souvent, pour nos malades, aux environs de 12 comme maxima et de 8 comme minima, l'amplitude maxima des oscillations ne dépassant souvent pas une division. Aussi le pouls était-il petit et dépressible.

Chez trois de nos grippées, gravement atteintes, une chute de la pression artérielle précéda d'un jour

environ, la défervescence et l'amélioration de l'état général.

La première Mlle P..., trente-quatre ans, domestique, avait une grippe compliquée de broncho-pneumonie double, elle était, depuis un mois aux environs de 39 degrés. La tension artérielle était de 11,5 maxima, 7 minima. Au moment où l'état très grave s'améliore et où la température commence à tomber la tension descend à 9/6, 5 pour remonter trois jours après à 11/6.

La deuxième malade, Mme P... M., quarante-cinq ans, avait une grippe à forme gastro-intestinale avec état grave, déshydratation et profonde asthénie. La tension à l'entrée était de 8 maxima, minima incommptable, les oscillations de Pachon ne dépassant pas une demi-division comme amplitude, le jour où la malade descend de 39 à 38 degrés et où l'état devient meilleur, aucune oscillation au Pachon, le lendemain la malade est à 37 degrés et elle s'y maintient, dans la suite la tension remonte à 8,5/5,5.

Ce sont les tensions les plus faibles que nous ayons notées dans le cours d'une grippe, il est vrai que la malade était fortement déshydratée par des selles dysentériques abondantes et que le pouls était incommptable au moment où la pression faisait défaut, ce qui éveille l'idée d'une défaillance cardiaque.

Une troisième malade L... Marguerite, trente ans, présentait de la bronchite diffuse et un foyer congestif. Urines, albumineuses. A son entrée température de 39°6, 40°8, le soir la tension est de 10/8 ; elle reste pendant six jours oscillant entre 38°6 et 40°8, l'avant-veille de la défervescence qui

est brusque et définitive on trouve seulement quelques très faibles oscillations au moment où l'aiguille du Pachon passe entre 9 $\frac{1}{2}$ et 10, le lendemain de la défervescence la tension est à nouveau de 10 maxima, 7 minima.

Bien que le nombre de ces cas soit minime il paraît cependant démontré que l'étude de la tension artérielle chez les grippées est de nature à fournir quelques indications utiles pour le pronostic, dans les formes graves.

La raie blanche de Sergent a été trouvée chez la plupart de nos malades avec ses véritables caractères : raie à apparition lente et de longue durée provoquée par une pression moyenne de la pulpe du doigt sur les téguments. Est-elle liée non seulement à une insuffisance mais aussi à une altération des capsules surrénales ? Nous l'avons constatée, au moins dans deux cas où l'autopsie montra des altérations des capsules surrénales reconnaissables, à l'œil nu : foyers hémorragiques et ramollissement avec tissu vacuolaire.

Nous avons observé plusieurs fois, parmi nos cas, des formes malignes de grippe. La gravité de l'état général ne pouvait être expliquée par les symptômes physiques ou, tout au moins, elle n'était pas en rapport avec eux. En arrivant au lit du malade la cyanose légère du visage, l'aspect anxieux, car ces malades étaient conscientes de la gravité de leur état, le facies grippé, le pouls petit et dépressible étaient tout d'abord impressionnants, mais après examen le

plus souvent entièrement négatif, nous étions tentée de porter un pronostic favorable. L'évolution fatale et rapide venait malheureusement trop souvent confirmer notre première impression.

Voici l'observation d'un de ces cas :

OBS. II. — *Forme toxémique. — Mort rapide.*

L... Marcelle, dix-neuf ans.

Entre à l'hôpital le 3 octobre, avait été prise brusquement huit jours auparavant de courbature, depuis ce moment était restée alitée.

Sa mère, atteinte de grippe, vient de succomber chez elle. A son entrée, la malade est très abattue, légèrement cyanosée.

Rien dans ses antécédents personnels.

La température est de 39 degrés, le pouls à 100. Raie blanche très accentuée. La tension artérielle est de 10/6. Les urines sont albumineuses.

L'auscultation décèle seulement quelques râles sous-crépittants aux deux bases. Néanmoins, dès le premier examen M. Siredey appelle notre attention sur la faiblesse du pouls et sur la cyanose du visage qui n'est pas en rapport avec les signes d'auscultation, et porte un pronostic grave.

La malade reçoit de l'huile camphrée, de la strychnine en injections sous-cutanées, de l'adrénaline.

4 octobre. — La cyanose s'accroît, la malade respire avec peine et déclare qu'elle se sent perdue. Quelques crachats rosés, mousseux, mais peu abondants, elle n'expectore pas plus que les malades qui ont des crachats purulents. Les signes physiques des bases se sont accentués, on fait de l'or

colloïdal intraveineux, du sérum glucosé. La tension artérielle est de 9 maxima, la minima est incompressible.

5 octobre. — Le pouls est à 110, la température 40°4, la tension 9,5/6,5, l'expectoration reste la même, il y a, aux deux bases des foyers de broncho-pneumonie plus accentués à gauche qu'à droite. On continue le traitement avec des injections d'or colloïdal.

La malade meurt le 6 avec une température de 40°6.

L'autopsie ne put être faite.

Dans cette forme toxémique la thérapeutique avait été tout à fait impuissante.

CHAPITRE III

Complications thoraciques

1° Complications pulmonaires

De toutes les complications de la grippe celles qui ont été de beaucoup les plus fréquentes, parmi nos malades, sont les complications pulmonaires puisque, comme nous l'avons déjà dit, il y eut soixante-cinq fois cette sorte de complications sur 100 cas.

Le fait a été signalé de nombreuses fois, à vrai dire, dans l'épidémie actuelle, tous les travaux déjà parus en parlent.

Il en fut ainsi dans de nombreuses épidémies, et leur gravité semble être en rapport direct avec la fréquence des complications pulmonaires. Nous trouvons le fait relaté, pour l'épidémie de 1803, dans une thèse de l'époque : « C'est la pneumonie avec le catarrhe pulmonaire qui a moissonné le plus grand nombre de victimes pendant cette épidémie » (1).

En 1836, les décès s'élevèrent jusqu'à 50 o/o des

1. Série de propositions sur l'épidémie catarrhale qui a régné à Paris pendant l'hiver de l'an XII, 1804. Thèse de Paris, n° 384.

cas dans la pneumonie grippale, d'après les chiffres de l'Hôtel-Dieu donnés par Germain Sée, ce même professeur disait : « C'est bien par le poumon que les malades mouraient avec une rapidité effrayante, en quatre, cinq ou six jours » (1).

Parmi nos malades les complications varièrent depuis la simple congestion uni ou bilatérale, jusqu'à la pneumonie et broncho-pneumonie avec hépatisation grise.

La pneumonie que nous avons rencontrée, n'avait pas tout à fait les caractères de la pneumonie franche aiguë, la durée d'évolution était très variable, la température ne se maintenait généralement pas en plateau et n'était souvent pas en rapport avec la gravité des symptômes pulmonaires, elle manquait même parfois complètement, malgré les signes physiques évidents. Les râles étaient des sous-crépitanants fins plutôt que de vrais crépitanants, le souffle faisait souvent défaut ou apparaissait d'une façon très tardive.

Nous avons observé, beaucoup plus fréquemment que la pneumonie, un mélange de congestion pulmonaire et de foyers pneumoniques ou de broncho-pneumonie et de pneumonie à gros foyer. *Il y avait presque toujours des symptômes pulmonaires complexes auxquels s'ajoutait une réaction pleurale, souvent masquée par les autres phénomènes.*

1. Michel, *De la grippe et de ses manifestations pulmonaires*. Thèse de Paris, 1884, n° 172.

Le début était le même que dans des formes simples, cependant il s'accompagnait fréquemment de *frissons répétés et peu intenses* dont les malades se souvenaient, mais sans en avoir été impressionnées comme par le grand frisson de la pneumonie franche aiguë. Les *points de côté*, dès le premier jour, n'étaient pas rares. Il semblait, dans ces cas, que l'infection grippale et pulmonaire avait été transmise en même temps, la température, d'emblée élevée, le restait. Dans d'autres cas, au contraire, les frissons et les points de côté, plusieurs fois répétés dans le cours de la grippe, marquaient l'apparition de la complication pulmonaire ou d'un nouveau foyer, en même temps qu'une élévation thermique s'inscrivait sur la courbe de température, l'observation IX en sera un exemple.

Nous avons noté plusieurs fois des *hémoptysies*, elles ont toujours été un symptôme de début et il s'agissait plutôt de crachats teintés de sang survenus après une quinte de toux que d'une véritable hémoptysie. Ces détails nous ont été donnés par l'interrogatoire des malades car nous n'en avons jamais constaté à l'hôpital.

L'*expectoration* était muco-purulente ou franchement purulente, de couleur jaune verdâtre. L'aspect nummulaire des crachats faisait penser à la tuberculose, quelques recherches du bacille de Koch furent même faites, le résultat fut toujours négatif.

L'apparition des symptômes pulmonaires était fréquemment tardive, et ils persistaient longtemps

après la chute de la température, éveillant dans l'esprit l'idée de lésions tuberculeuses et simulant même des lésions cavitaires. La recherche du bacille de Koch fut également négative dans ces cas.

Nous avons constaté quatre fois, chez des grippées, des lésions pulmonaires évidentes sans élévation thermique, deux de nos observations en fournissent des exemples (obs. IX, obs. XV).

Quelques malades présentèrent une grippe simple dont elles parurent guérir, puis, sous l'influence de fatigues hâtives : domestiques voulant reprendre leur travail, femmes dans l'obligation de se lever à peine convalescentes pour donner les soins indispensables à d'autres grippés de leur famille, sous l'influence de la fatigue donc, survenait une *rechute avec complications pulmonaires*, d'emblée l'état était grave et le pronostic des plus réservés. Voici un de ces cas, qui s'est terminé par la mort :

Obs. III. — *Grippe avec rechute. — Congestion pulmonaire et broncho-pneumonie. — Mort. — Autopsie.*

Ch..., Mathilde, vingt et un ans.

Malade entre le 13 octobre à l'hôpital.

Etat grave, comateux, trémulation des lèvres, le pouls est petit, à 160.

A l'auscultation : Râles, sous-crépitants diffus, respiration agonique rendant l'auscultation difficile.

Sa sœur, qui entre aussi pour grippe, donne quelques renseignements : La malade a eu une première atteinte, il y a trois semaines avec évolution favorable, au bout de dix

jours, à peine guérie, elle a voulu sortir et travailler, rechute six jours après, beaucoup plus grave d'emblée, elle est malade depuis huit jours chez elle.

Mort le lendemain matin de son entrée, son mari, atteint en même temps est décédé le 12 octobre.

Autopsie. — Poumon droit : Sur l'eau ne surnage pas, tendance à descendre au fond du vase, à la coupe, congestion intense, lie de vin, avec spume abondante, sur toute la hauteur des deux poumons. A la partie moyenne, quelques foyers de broncho-pneumonie lobulaire.

Le gauche : Surnage en entier, mais la base seule ne surnage pas, foyer congestif et œdémateux, mais sans lésion suppurative.

A l'œil nu rien de notable pour le foie, le cœur, la rate, et les capsules surrénales.

Plusieurs de nos malades graves entraient avec de la *cyanose du visage et des extrémités*, ce symptôme semblait pouvoir tenir à l'état infectieux lui-même, aux symptômes pulmonaires et à la défaillance cardiaque.

En 1837 cette cyanose fut signalée également dans la grippe, et elle existait en dehors des lésions pulmonaires, nous trouvons le fait relaté dans une thèse de l'époque : « Un assez grand nombre de malades ont des traces assez marquées de cyanose du visage. Cette difficulté des mouvements respiratoires n'a pas eu de suites fâcheuses et n'a jamais duré longtemps. Elle a été si générale et si dépourvue des signes qui auraient annoncé une lésion du poumon, de la séreuse pulmonaire ou du cœur, qu'on était obligé

de l'attribuer à un trouble de l'innervation » (1).

Parmi nos malades, la cyanose ne fut pas très fréquente, et elle indiqua toujours un état infectieux ou pulmonaire grave. Quelques-unes d'entre elles guérissent, deux en particulier (dont une, obs. VII), mais le pronostic resta longtemps réservé. La cyanose précoce qui ne paraissait pas en rapport avec des signes accentués de bronchite, nous a paru en rapport avec des formes toxémiques le plus souvent mortelles.

De toutes les complications pulmonaires, la forme la plus simple fut représentée par un *foyer congestif unique*, en voici un cas :

Obs. IV. — *Grippe avec foyer congestif. — Guérison.*

R..., Andrée, dix-huit ans, domestique. Entre le 29 mars, salle Bichat avec une température de 40 degrés, elle a été prise, la veille, de courbature généralisée, de céphalée et d'une toux légère, en même temps épistaxis.

Elle n'avait jamais eu la grippe.

Deux personnes de son entourage ont été atteintes le même jour qu'elle, toutes trois avaient reçu, deux jours auparavant, une visiteuse qui toussait et commençait une grippe. Habituellement bien portante. Pas de troubles des règles.

La malade a le visage congestionné, les yeux brillants et larmoyants, du coryza, un bouquet d'herpès sur la lèvre supérieure et quelques vésicules sur une narine. La langue est sale et rouge sur ses bords. Petite toux sèche. La malade

1. Gohier, *Essai sur la grippe de 1837*. Thèse de Paris, 1837, n° 83.

ressemble aux rougeoleux avant l'éruption. Rougeur diffuse de la gorge qui est un peu douloureuse.

Rien à l'auscultation.

Raie blanche très nette.

Traces d'albumine dans l'urine.

La température descend, le lendemain de l'entrée pour remonter ensuite, trouvant le tracé du V grippal.

Le 3 avril, cinquième jour du séjour à l'hôpital, la base droite sonne mal et respire mal. On entend à la partie moyenne du poumon droit, en arrière, quelques râles sous-crépitants plus accentués à la fin de l'inspiration. La malade se plaint d'une douleur spontanée dans l'oreille droite. Pas de douleur à la pression de la mastoïde et du conduit auditif externe.

Le 4, la température tombe, bien que les signes pulmonaires restent les mêmes.

Le 8, l'auscultation est négative, la toux persiste, l'albumine a disparu des urines, le malade part convalescente.

Les cas de *pneumonie à foyer unique*, sans mélange de congestion ou de broncho-pneumonie, furent rares parmi nos malades. Ce sont ces formes qui ont été le plus souvent accompagnées de réaction pleurale et, en particulier, d'épanchement séro-hémorragique.

OBS V. — *Grippe avec pneumonie. — Mort.*

D..., Eugénie, vingt-sept ans.

Entre le 9 octobre à l'hôpital, le 6 elle a été prise brusquement d'un point de côté à gauche, en même temps céphalée et toux, la malade a pu cependant continuer à faire une

partie de son travail habituel, pendant trois jours ; sentant que son état s'aggravait, elle a demandé à être hospitalisée.

A son entrée, dyspnée, cyanose du visage, température à 39°9. Expectoration mousseuse contenant du pus de couleur brune, donnant l'idée de l'hépatisation grise.

On trouve, à gauche, de la matité de toute la base et du tiers supérieur du poumon, la partie moyenne sonne bien.

A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitaux fins inspiratoires et un souffle tubaire de toute la partie supérieure du poumon gauche. Silence à la base.

Pas de matité à droite, quelques râles sous-crépitaux disséminés.

Ponction exploratrice à la base gauche qui ramène du liquide séro-sanguinolent en petite quantité.

Le lendemain la température est à 40 degrés le matin, 40°8 le soir. La cyanose s'accroît, les signes physiques et l'expectoration restent les mêmes. On joint au traitement habituel, surtout sténique, une saignée de 400 grammes, une injection intraveineuse d'or colloïdal (1 cm³ 1/2) et un abcès de fixation,

Le surlendemain de l'entrée la malade meurt avec 41°1.

L'autopsie ne put être faite.

Elle a donc succombé au sixième jour de son infection, et, au troisième jour, elle présentait déjà un foyer constitué avec souffle et râles, ayant probablement déjà évolué vers l'hépatisation grise et du liquide à sa base. Si la description de ce cas se rapproche beaucoup de celle d'une pneumonie franche aiguë, il en diffère cependant par la rapidité de l'évolution et l'absence de crépitaux vrais.

Une forme beaucoup plus fréquemment observée, parmi nos malades, fut la *broncho-pneumonie associée à un ou plusieurs foyers de pneumonie* ; en voici une observation :

OBS. VI. — *Grippe compliquée de pneumonie et de broncho-pneumonie. — Délire. — Mort. — Autopsie.*

Mlle L..., trent-six ans.

Entré le 10 novembre, salle Malgaigne, début cinq jours avant par des frissons et de la courbature, surtout lombaire, léger mal de gorge. Il n'y avait pas de grippés directement autour d'elle. Elle était mal portante auparavant (elle revient actuellement des régions envahies où elle est restée trois ans avec les Allemands, elle y a souffert et a eu de nombreuses privations). Ses réponses sont un peu incohérentes, elle paraît agitée et inquiète.

Dyspnée assez accentuée et constante, pendant tout le cours de la maladie.

A l'examen on trouve, à droite, en arrière dans la moitié inférieure, de la matité, un foyer avec du souffle et des râles sous-crépitants.

A gauche ni matité ni souffle, mais râles sous-crépitants sur toute la hauteur du poumon.

Le pouls est à 100, la tension artérielle est de 8 maxima, on ne peut mesurer la minima.

Le foie est augmenté de volume, il déborde les fausses côtes.

La malade a du délire, une agitation continuelle, de l'insomnie. Ces symptômes résistent à l'administration du chloral et du bromure. La température qui était de 39°6 à

l'entrée, oscille entre 37°6 et 39°8 durant les onze jours de la maladie, elle n'atteint 40 degrés à aucun moment. Les signes physiques restent les mêmes, la langue qui était saburrale au début devient sèche, le pouls qui s'était maintenu aux environs de 100 pulsations par minute monte la veille de la mort à 120 pulsations.

Malgré un traitement actif : saignée au début, argent colloïdal quotidien, huile camphrée, strychnine, enveloppements froids, abcès de fixation, injections sous-cutanées d'oxygène, la malade succombe au seizième jour de sa grippe.

Autopsie. — Poumon à droite : gros foyer de pneumonie occupant la plus grande partie du lobe moyen, foyers de broncho-pneumonie disséminés sur toute la hauteur du poumon.

A gauche : foyers de broncho-pneumonie multiples, mais plus importants à la base. Pas de lésions des sommets.

Foie augmenté de volume, descendant jusqu'à la crête iliaque. Hypertrophie du lobe droit. Dégénérescence complète.

Reins normaux.

Les capsules surrénales présentent des foyers hémorragiques.

L'association de la broncho-pneumonie et de la congestion pulmonaire, fut une des complications thoraciques les plus fréquemment rencontrées parmi nos malades, en voici un exemple, à forme très grave, qui se termina cependant par la guérison :

OBS. VII. — *Grippe grave. — Broncho-pneumonie et congestion pulmonaire. — Or colloïdal. — Guérison.*

Mme M..., trente ans.

Entre à l'hôpital le 10 novembre, elle est malade depuis huit jours ; le lendemain de son arrivée à Paris (il y avait aussi des grippés dans le village où elle habite et d'où elle vient) ; elle a eu de la céphalée et de la courbature généralisée. Pas de point de côté, mais toux légère deux jours après le début, la dyspnée est apparue en même temps.

La malade est à la fois pâle et cyanosée, elle paraît angoissée. Raie blanche très accentuée, tension artérielle 13 maximum, 7 minimum, les urines sont albumineuses.

Température 38° 6 à l'entrée, le lendemain 37° 8 et 39 degrés le soir, cependant l'état général est très mauvais et le pouls, petit et faible, est à 120.

A l'auscultation, pas de foyer percutable mais des sibilances dans toute la poitrine et des râles sous-crépitaux aux deux bases.

On fait une saignée de 500 grammes, de l'or colloïdal intraveineux un demi centimètre cube, comme première dose, et un abcès de fixation.

Les jours suivants la cyanose augmente, la température reste au-dessous de 39 degrés, mais le pouls se maintient à 120 pulsations. Les râles des bases s'étendent et envahissent de bas en haut, toute la hauteur des poumons, en arrière surtout.

Les injections d'or colloïdal intraveineux sont continuées pendant cinq jours puis remplacées par des injections d'électrargol intraveineuses.

L'état reste grave pendant dix jours, la malade a des syn-

copies, dont une très inquiétante, la cyanose et la dyspnée persistent, le pouls est toujours entre 120 et 140 pulsations. On entend des râles sous-crépitants sur toute la hauteur des poumons ; à la partie moyenne du poumon droit, en arrière, foyer mat avec de gros râles sous-crépitants et du souffle. Pendant trois semaines cet état persiste, puis les signes physiques vont en s'atténuant, et lorsque la malade sort convalescente, après une grippe qui a duré presque deux mois, elle garde encore quelques râles aux deux bases.

Cette grippée, qui fut considérée à son arrivée comme un cas désespéré, est parmi celles qui paraissent avoir bénéficié de la saignée précoce et du traitement par la colloïdase d'or intraveineuse. Chez elle la température ne fut pas en rapport avec la gravité de l'état général, c'est le pouls qui a donné les indications les plus justes et les plus précises. Les signes physiques ont persisté, malgré l'apyrexie (température entre 37 et 37°7) des dix-neuf derniers jours du séjour à l'hôpital, et, même à la sortie, il restait encore des râles aux deux bases.

Vers la fin de l'épidémie nous avons rencontré, chez une de nos malades, une complication thoracique rappelant les descriptions classiques de la *fluxion de poitrine* avec réaction des poumons, des plèvres et de la paroi du thorax elle-même ; cette forme fut particulièrement douloureuse.

OBS. VIII. — *Grippe à forme de fluxion de poitrine*
Guérison.

Mme P..., vingt-trois ans.

Entrée le 9 février salle Bichat.

Elle a eu il y a quinze jours de la courbature, de la céphalée, quelques frissons, une température tout de suite élevée (au-dessus de 40 degrés, dit-elle). Ces frissons se sont répétés dans les jours qui ont précédé son entrée, et en particulier le 8 février.

Elle est accouchée le 15 janvier d'un enfant mort pendant l'accouchement, elle était enceinte de huit mois, pertes rouges depuis son accouchement, ces pertes se sont arrêtées la veille de son entrée.

La malade se plaint d'une douleur vive au niveau du thorax, cette douleur est augmentée par les mouvements respiratoires, la toux et les changements de position. L'expectoration muco-purulente est abondante. Tension artérielle $9/6 \frac{1}{2}$ l'amplitude maxima des oscillations est de $3/4$ de division, cependant on ne constate pas de raie blanche.

A l'examen des poumons : matité des deux tiers inférieurs droits, en arrière au tiers moyen augmentation des vibrations, souffle et râles sous-crépitaux aux deux temps. Le souffle rappelle celui de la pleurésie. Deux ponctions exploratrices, cependant, ne ramènent pas de liquide.

A gauche, à la partie moyenne, souffle et râles sous-crépitaux, la simple palpation et la percussion du thorax sont douloureuses des deux côtés, mais plus à droite. La malade se plaint beaucoup pendant tout l'examen et respire superficiellement, évitant, de son mieux, les grandes respirations, qui sont douloureuses. La toux est pénible, lorsqu'elle sur-

vient la malade essaye d'immobiliser son thorax avec ses mains appuyées de chaque côté.

Les symptômes restent les mêmes le jours suivants, le 18 février, on sent des frottements pleuraux sous la main, à gauche, au niveau du foyer et à la base, la température est entre 37 et 38 degrés, le pouls à 110, 45 respirations par minute.

Le 20, souffle aux deux temps sur toute la hauteur du poumon gauche, à droite, gros râles rappelant le gargouillement et matité à la base.

Ponction exploratrice négative.

Crachats purulents, nummulaires et abondants, recherche du bacille de Koch négative.

On fait un examen radioscopique qui donne: Foyer pulmonaire de la base droite avec réaction pleurale, disparition du cul-de-sac costo-diaphragmatique, mais sans épanchement important.

A gauche: congestion pulmonaire.

Les signes physiques persistent en s'atténuant.

Le 3 mars, la percussion est toujours douloureuse, à droite matité, râles et souffle aux deux temps, mais plus expiratoire qu'inspiratoire, pectoriloquie aphone. Crachats encore purulents. La tension artérielle s'est relevée de 9/6 1/2 à 11/6 1/2.

Le 7 mars, la malade est apyrétique malgré la persistance des symptômes pulmonaires, elle reste encore un mois à l'hôpital et en part guérie.

Cette forme avec participation des poumons, des plèvres et de la paroi thoracique au processus infec-

lieux nous a paru intéressante car elle tient à la fois aux complications pulmonaires et aux complications pleurales, qui ont été si souvent rencontrées parmi nos malades et dans cette épidémie (Statistique de M. Chauffard, *Journal des Praticiens* du 15 février 1919).

2° Complications pleurales

Les réactions pleurales furent en effet très fréquentes puisque sur nos 100 malades elles se produisirent douze fois, soit une proportion de 12 o/o.

En voici le résumé :

- 4 pleurites,
- 1 pleurésie séro-fibrineuse,
- 4 pleurésies séro-hémorragiques,
- 3 pleurésies purulentes (2 à pneumocoques,
1 à coccis).

Ces épanchements succédèrent toujours à une infection pulmonaire et plus souvent aux pneumonies qu'aux broncho-pneumonies.

La date de leur apparition fut variable et ne put être précisée que rarement. Dans une forme grave suivie de décès au sixième jour (obs. V), l'épanchement séro-hémorragique fut constaté au troisième jour de la maladie, dans un cas de pleuro séro-fibrineuse, ayant fait suite à un foyer de pneumonie (survenu comme rechute pendant le séjour à l'hôpital), l'épanchement fut constaté par la ponction au vingtième jour après le début de cette complication.

Les 4 cas de pleurite, constatés chez nos malades, ne présentèrent rien de spécial, ils succédèrent à un foyer congestif ou pneumonique. Une fois (obs. VIII), elle fut bilatérale, étendue et se traduisit par des frottements appréciables à la main appliquée sur le thorax et cela pendant plusieurs jours.

Le seul cas de pleurésie séro-fibrineuse que nous ayons vu a été à petit épanchement, il ne nécessita pas de ponction évacuatrice, douze jours après la première ponction exploratrice on entendait des frottements à la base atteinte. Le liquide examiné contenait des polynucléaires et des mononucléaires, mais pas de microbes.

OBS. IX. — *Grippe avec broncho-pneumonie. — Rechute avec pneumonie et pleurésie séro-fibrineuse. — Guérison.*

P..., Suzanne, vingt-trois ans.

Entre le 10 octobre, salle Bichat, au quatrième jour de sa maladie, qui a débuté par de la courbature, des frissons, elle s'est alitée quelques heures après ce début ; sa mère, sa sœur, sa nièce, avec lesquelles elle vit, sont grippées, elles étaient obligées de se soigner mutuellement, sa sœur entre en même temps qu'elle.

La malade n'est pas abattue, bon aspect, ébauche de raie blanche, tension artérielle 13 maxima, 8 minima, poulx à 108, température à 40 degrés ; à l'auscultation, râles disséminés dans la poitrine.

Dans les jours qui suivent apparaît un foyer de râles sous-crépitants en arrière et à gauche, sans souffle, la tem-

pérature qui était montée pendant deux jours au-dessus de 40 degrés, le pouls restant à 110, tombe en lysis, jusqu'à 37 degrés au sixième jour.

Deux jours d'apyrexie.

Puis rechute : la température passe de 37 à 40 degrés et s'y maintient pendant quatre jours ; à ce moment apparaît un foyer de pneumonie dans la moitié inférieure du poumon gauche, avec matité, souffle tubaire, couronne de râles sous-crépitaunts fins, ces signes persistent plusieurs jours, malgré la chute de la température qui retombe à 37 degrés, après quelques oscillations, au quatrième jour de cette complication.

La malade oscille entre 37 et 37°7 pendant dix jours, les signes physiques vont en s'atténuant, mais la base devient mate. Le 3 novembre, au septième jour, la température monte à 38°1 et reste entre 37°2 et 38°5 pendant cinq jours.

Le 7 novembre on fait une ponction exploratrice qui ramène du liquide citrin, remplissant facilement la seringue ; ce liquide contient des polynucléaires et des mononucléaires, pas de microbes.

Cette pleurésie ne s'étendit pas ; deuxième ponction huit jours après la première, elle ramène encore du même liquide. Six jours après on entend des frottements à la base ; la malade sort dix-sept jours après la première ponction ; elle conserve encore quelques frottements. Elle revient quinze jours après, il ne reste plus rien à l'auscultation.

Dans les quatre *pleurésies séro-hémorragiques* la quantité de liquide retirée fut toujours très peu abondante, le liquide venait difficilement dans la seringue, qu'il ne remplissait pas.

L'examen histologique de ces épanchements ne fut pas fait mais ils se comportèrent, dans les deux cas suivis de guérison, comme s'ils étaient aseptiques, c'est-à-dire que leur résorption fut rapide et complète.

Chez deux de ces malades, considérées comme suspectes de tuberculose, des examens de crachats furent faits, dans les deux cas le Ziehl fut négatif, mais on trouva pour l'une d'elles de nombreux pneumocoques.

Des trois *pleurésies purulentes*, la première fut à cocci, les deux autres à pneumocoques. Toutes les trois évoluèrent vers la guérison, deux d'entre elles spontanément, la troisième après de nombreuses ponctions évacuatrices et un empyème.

La pleurésie à cocci fit suite à une grippe compliquée de pneumonie, l'épanchement fut constaté au trente et unième jour de la maladie, il fut peu abondant et se résorba en dix jours, sans laisser de reliquat.

Les deux pleurésies purulentes à pneumocoques entrèrent à l'hôpital comme suites de grippe, la période aiguë de la maladie s'était passée chez elle, dans les deux cas il n'y eut *pas de température, malgré des épanchements importants*.

La première malade, qui avait un épanchement de pus mêlé de sang, donnant une matité de deux travers de main, atteint la température de 37°8, le soir, une seule fois, le lendemain de son entrée,

elle est restée ensuite à une température absolument normale.

La seconde présentait un épanchement bilatéral abondant (900 grammes retirés à gauche le premier jour, 600 grammes à droite deux jours après), elle n'a cependant eu une température de 38 degrés qu'une seule fois durant ses trois mois de séjour en médecine, elle ne dépassait pas habituellement 37°5 comme température du soir.

Il faut rapprocher ces cas des pleurésies à pneumocôques de l'enfant, chez lequel on constate parfois un épanchement purulent de toute une cavité pleurale sans que la température en soit influencée, le pus paraît se comporter dans ces circonstances comme un corps étranger devenu inoffensif.

Chez notre malade à épanchement bilatéral, l'apyrexie était en contradiction avec l'état général, il y avait une cyanose intense, de la dyspnée, de l'œdème des jambes, de l'albumine dans les urines ; de plus, la malade était enceinte de sept mois. Tout en gardant sa double pleurésie, et malgré les signes fonctionnels intenses, elle mena sa grossesse à terme et l'accouchement se passa dans de bonnes conditions : le travail dura cinq heures et elle accoucha d'une fille vivante et bien constituée. Cette malade, après huit ponctions évacuatrices et un empyème gauche, arriva à une guérison relative, elle garde comme reliquat de sa double lésion : de la rétraction thoracique, de la pachypleurite, de la symphyse médiastinale et de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

pneumique, c'est dire que son avenir reste fortement compromis.

Voici les deux observations de pleurésies à pneumocoques :

OBS. X. — *Pleurésie purulente. — Suite de grippe. — Pneumocoque. — Guérison complète sans intervention.*

Mme T..., vingt-six ans.

— Entrée le 20 novembre 1918.

Malade depuis dix jours. Elle dit avoir eu une grippe nette en août dernier, il y a par conséquent trois mois, et elle s'en serait complètement remise.

Le 10 novembre, il y a dix jours, état aigu, fébrile, fatigue générale, douleurs dans les jambes, toux, un médecin appelé diagnostique une pneumonie.

Le 16 novembre, point de côté très violent à droite, la température qui avait diminué remonte, elle entre à l'hôpital quatre jours après.

Etat général peu atteint, température 37°8, pas d'albumine dans les urines.

Base droite : zone très mate sur une hauteur de deux travers de main, souffle doux, silence respiratoire, pas de bruits surajoutés, rien à gauche.

Une ponction exploratrice montre du pus mêlé de sang. Ce pus contient des pneumocoques.

La malade s'alimente, souffre peu, les signes physiques s'atténuent, l'épanchement se résorbe, la malade part guérie, au bout d'un mois d'hôpital.

OBS. XI. — *Pleurésie purulente bilatérale à pneumocoques chez une femme enceinte. — Ponctions évacuatrices, emphysème, abcès de la paroi à pneumocoque. — Guérison, — Séquelles.*

Mme H..., vingt-huit ans.

Entre le 30 novembre, malade depuis deux mois, a eu la grippe chez elle, début par céphalée, douleurs généralisées, toux, elle aurait eu, à ce moment, un foyer de broncho-pneumonie. Elle ne s'est jamais rétablie complètement, elle est entrée, il y a huit jours, dans un autre service de Saint-Antoine, le diagnostic de pleurésie purulente avait été fait.

Etat grave à l'entrée : dyspnée, cyanose intense, œdème des jambes, urines albumineuses, pas de température, gravité de sept mois.

Signes d'épanchement bilatéral des deux moitiés inférieures du thorax.

Ponction exploratrice, ramenant du pus vert-clair, bien lié venant facilement dans la seringue.

Un examen de ce pus, sur lame, montre des pneumocoques.

Ponction évacuatrice, à gauche, avec l'aspirateur de Potain : 900 grammes de pus.

Deux jours après ponction à droite : 600 grammes de pus.

L'opportunité d'une intervention chirurgicale est discutée, et abandonnée étant donné la gravité de l'état général, la gravité, la température peu élevée et l'amélioration produite par les ponctions évacuatrices.

Au huitième jour, troisième ponction, à gauche : 700 grammes de pus; deux jours après, ponction à droite : 550 grammes de pus. A partir de ce moment l'épanchement va en s'atté-

nuant à gauche. Cinq jours plus tard ponction blanche à droite.

L'état de la malade s'améliore surtout au point de vue des phénomènes fonctionnels, la grossesse suit son cours normal, l'albumine disparaît des urines. Il se forme un volumineux abcès de la paroi, du côté droit, après une longue période d'œdème; cet incident n'influence pas la température qui reste normale, l'abcès incisé donne issue à du pus qui contient quelques rares pneumocoques.

Les deux bases restent mates, mais on entend des frottements à l'auscultation. Rétraction de la paroi thoracique à chaque mouvement respiratoire. La malade sort sur sa demande le 9 janvier.

Elle revient un mois après, le 9 février. Elle est accouchée le 29 janvier, au pavillon F. Sirédey, d'une fille vivante, bien constituée, le travail a duré cinq heures (cette enfant meurt au bout d'un mois, elle a eu à l'âge d'un mois du coryza empêchant l'alimentation et la respiration).

La malade devient cachectique, de la dyspnée, peu intense mais régulière, s'installe.

Mêmes symptômes pleuraux. L'abcès de la paroi du côté droit est guéri. Il s'est formé une autre collection à gauche, on incise ce nouvel abcès. Il y a des traces d'albumine dans l'urine.

Ponction évacuatrice à droite : 1.400 grammes de pus, on injecte 10 centimètres cubes d'électrargol, après la ponction, dans la cavité pleurale.

Ponction blanche à gauche.

Température 37 degrés le matin, 37°2 le soir.

La malade refuse l'intervention qu'on lui propose. Neuf

jours après la dernière ponction, nouvelle évacuation, à droite, de 900 grammes de pus, injection de 10 centimètres cubes d'électrargol. Six jours plus tard on retire 1.800 grammes de pus du même côté. La malade se décide à être opérée : empyème droit, résection de la 9^e et 10^e côte, évacuation de plus d'un litre de pus. La malade est très soulagée par l'intervention.

Le 3 avril, cinq mois après l'entrée à l'hôpital, la malade est très amaigrie, le visage est oedématié, rétraction de la paroi thoracique à chaque respiration, la parole est entrecoupée, les phalangettes des doigts sont augmentées de volume, épaissies. La malade dit qu'elle se sent mieux.

3^e Tuberculose chez nos grippées

La plupart des malades tuberculeuses atteintes de grippe que nous avons rencontrées à l'hôpital ne nous ont pas paru être aggravées par leur nouvelle infection, autant qu'une observation peu prolongée permettait de le dire ; la plupart de nos malades, en effet, partaient dès le début de leur convalescence, à cause de l'encombrement des salles et ne revenaient plus consulter. Une seule fois nous avons trouvé après une grippe des lésions tuberculeuses en pleine évolution, mais cette malade partit à la campagne et ne fit qu'un très court séjour à l'hôpital.

Dans deux autres cas, la grippe, survenue chez des tuberculeuses à entraîné la mort, une fois par tuberculose généralisée aiguë qui fut constatée à

l'autopsie. Dans le second cas il fut difficile de préciser : la malade entra mourante à l'hôpital, elle était incapable de parler et elle n'avait pas d'entourage pouvant donner des détails sur l'évolution de sa maladie. Elle mourut quelques heures après son entrée et l'autopsie montra à la fois des lésions de broncho-pneumonie aiguë et des lésions tuberculeuses multiples, anciennes et récentes. Il y a tout lieu de croire, étant donné la notion d'épidémie du moment, qu'il s'agissait bien d'une grippe survenue chez une tuberculeuse et ayant aggravé l'état pulmonaire déjà existant.

Dans l'autre cas, la granulie fut une trouvaille d'autopsie, voici cette observation.

OBS. XII. — *Tuberculose généralisée aiguë chez une grippée. — Mort. — Autopsie.*

Mlle Ch..., vingt-six ans.

Entre le 5 novembre à 4 heures du soir.

Incapable de parler, dyspnée très intense, cyanose du visage et des extrémités. Cicatrice d'empyème du côté droit, fait il y a cinq ans. Odeur fétide de l'haleine, expectoration purulente.

Son entourage raconte qu'elle est malade depuis dix jours, début par céphalée, courbature généralisée, puis aggravation rapide et odeur fétide de l'haleine.

A l'auscultation on trouve :

A droite, sur toute la hauteur du poumon, râles humides et souffle tubaire intense, submatité à la base.

A gauche, râles humides.

Barbier

Ponction exploratrice droite négative.

Saignée, ventouses scarifiées, or intraveineux, strychnine.

La malade meurt dans la nuit, sans sortir de son état comateux.

Autopsie. — Lésions généralisées des deux poumons, aux sommets tubercules ramollis. Dans toute la hauteur foyers broncho-pulmonaires. La surface est criblée de petits foyers miliaires granuliques. Du côté droit les foyers sont conglo-mérés en petits blocs d'aspect grisâtre d'où sort du pus fétide.

Rien aux autres organes.

CHAPITRE IV

IV. — Complications nerveuses

Parmi nos malades, des complications nerveuses ont été observées cinq fois, cette proportion de 5 o/o peut être considérée comme peu élevée. Beaucoup d'épidémies, en effet, se sont distinguées par la fréquence, la variété, l'acuité des phénomènes douloureux, il n'est pas besoin de remonter loin pour en trouver un exemple : l'épidémie de 1889-90, peut être considérée comme le type de l'épidémie grippale avec prédominance des complications nerveuses, mais beaucoup d'autres récits nous sont restés d'épidémies antérieures ayant présenté des formes douloureuses particulièrement fréquentes et intenses.

En 1403, Pésquier, historien du temps, écrivait déjà : « La maladie commençait ès reins et ès épaules et n'était nul, quand elle prenait qui ne cuisât (crût) avoir gravelle, tant faisait cruelle douleur » (1).

Pour l'épidémie de 1803 nous trouvons le fait relaté en ces termes dans une thèse de 1804 : « Les

1. Cité dans *Clinique* d'Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 52, 1889 et n° 1, 1890).

rhumatismes soit généraux, soit partiels ont été très communs pendant l'épidémie de l'hiver de l'an XI et ils varièrent beaucoup dans leur intensité, depuis une simple douleur musculaire augmentant par le toucher et par le mouvement jusqu'aux douleurs déchirantes les plus vraies et impossibilité au malade d'exercer le moindre mouvement sans jeter les hauts cris » (1).

M. Grasset, dans ses Cliniques sur la grippe de l'hiver 1889-90, insiste en divers endroits sur la fréquence et l'intensité des phénomènes nerveux : « Ce qui domine la symptomatologie, ce qui, au point de vue clinique caractérise le tableau morbide, ce sont les phénomènes nerveux, le système nerveux est brutalement atteint dès le début. La douleur occupe le premier rang parmi les symptômes initiaux, il existe des douleurs atroces, spécialement localisées dans les globes oculaires, dont les mouvements et la compression provoquent les sensations les plus pénibles. On note également des douleurs lombaires dont l'intensité dépasse souvent la rachialgie de la variole, une souffrance vive dans les genoux qui sont comme cassés, des phénomènes algésiques intenses du côté des autres articulations et des masses musculaires, enfin un endolorissement, un brisement général » (2).

1. François Billeray, *Série de propositions sur l'épidémie catarrhale de l'an XI*. Thèse de l'an XII, n° 384.

2. Grasset, *Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-90* (Montpellier Médical, 1890, t. XIV).

A la même époque, dans ses Cliniques, M. Huchard disait que jamais on n'avait noté une telle acuité des douleurs, et il citait un cas dans lequel la malade la face rouge, vultueuse, les yeux injectés, poussait constamment des cris de souffrance, le pouls était en même temps faible, fréquent et la température à 40°8 (1).

En 1889 également, de nombreux auteurs mentionnaient le délire fréquent, des névralgies tenaces, des paralysies périphériques, des eschares profondes sans action de décubitus, chez des sujets jeunes, des douleurs et arthropathies, des signes et des lésions médullaires, des crises d'asthme et des migraines violentes qui constituaient parfois toute la symptomatologie.

Nous n'avons vu mentionné nulle part, pour l'épidémie actuelle, une telle abondance de symptômes nerveux.

Chez nos malades nous avons retrouvé de la céphalée, de la dépression nerveuse pendant la phase aiguë de la maladie et même pendant la convalescence. Comme complications nerveuses proprement dites, nous avons vu :

Trois fois du délire.

Une fois des hallucinations.

Une fois des symptômes méningés.

Dans 1 cas le délire fut un symptôme de début, il ne dura qu'un jour, dans 2 autres cas il eut lieu pen-

1. Huchard (Clinique), *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 52, 1889, n° 1, 1890.

dant tout le cours de la maladie qui aboutit les deux fois à la mort. Une de ces malades eut un délire violent qui nécessita une surveillance constante, la malade jetait les objets se trouvant à sa portée sur le personnel du service. Dans ce cas qui était à la fois une forme toxémique et pulmonaire on trouva à l'autopsie un bloc pneumonique lobaire, des foyers de broncho-pneumonie et un gros foie atteint de dégénérescence graisseuse totale témoignant, selon toute vraisemblance, d'une intoxication alcoolique invétérée.

Une seule fois nous avons eu une réaction méningée au cours d'une grippe, cette malade qui avait eu des hémoptysies antérieurement ne fit cependant pas de complication pulmonaire.

La malade présentait du Kernig et avait même été considérée comme une méningite cérébro-spinale. Voici son observation :

Obs. XIII. — *Grippe avec réaction méningée. — Guérison.*

P... Yvonne, vingt-trois ans.

Entre le 17 octobre 1918.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde il y a douze ans, hémoptysie, il y a trois ans.

Malade depuis sept jours, sa mère aussi est grippée, début brusque par une céphalée violente, délire, température, 4 médecins l'ont examinée en ville, 2 ont porté le diagnostic de méningite cérébro-spinale, 2 celui de grippe.

Vomissement bilieux depuis trois jours. Langue légèrement rôtie, abattement.

Pas de signes pulmonaires.

Pas de raie blanche.

Température, 38°5. Pouls à 105 pulsations.

Le 17, céphalée dure encore. Kernig net, la ponction lombaire ramène du liquide clair hyperalbumineux et ne contenant pas de lymphocytes.

La température tombe au-dessous de 38 degrés le deuxième jour et à la normale le troisième, les symptômes méningés disparaissent, la malade part guérie au douzième jour de sa grippe.

CHAPITRE V

Autres complications

Comme complications exceptionnelles nous avons rencontré :

2 complications gastro-intestinales : dysentériques à début typhoïdique.

2 complications urinaires : anurie pyélonéphrite à colibacilles.

1 grippe avec éruption.

Les complications gastro-intestinales vraies furent rares, 2 o/o des cas, et elles ne survinrent jamais isolément, nous avons fréquemment noté des nausées et des vomissements comme symptôme de début et de la diarrhée au cours de la grippe.

Une de nos malades présenta des signes de dysenterie au mois d'octobre, c'est-à-dire en dehors de la période chaude de l'année, nous trouvons de semblables faits mentionnés dans des épidémies antérieures. en 1830 par exemple, où la grippe qui avait débuté en hiver fut accompagnée de phénomènes intestinaux sous forme de diarrhée.

OBS. XIV. — *Grippedyssentérieforme.* — *Selles sanglantes.*
Congestion pulmonaire. — *Guérison.*

Mme P... M..., quarante-cinq ans, ménagère.

Entrée le 3 octobre, début il y a six jours par courbature très violente. Diarrhée, plusieurs selles par jour, ces selles sont glaireuses, la veille de l'entrée elles auraient contenu des glaires sanglantes. A son entrée, malade très abattue, facies grippé, elle est amaigrie, déshydratée. Tension artérielle 8 maxima, minima in comptable, l'amplitude est d'une division dans les oscillations maximum. Raie blanche nette. Pouls 108. Température 38°8, 39°4 le soir. Plusieurs selles glaireuses par jour, mais pas de sang. Grosse quantité d'albumine dans l'urine. Foyer congestif à la base droite. Le ventre est déprimé, sensible à la pression.

Le 4 octobre, température 38°8 le matin, 39°2 le soir, mêmes signes à la base droite, quelques râles à la base gauche.

Le 5, pouls in comptable, pas d'oscillation au Pachon. malade très asthénique, température 38°4 le matin, 38°2 le soir.

Le 6, mêmes signes, la défervescence continue, la malade est mieux, la diarrhée diminue.

Le 7, foyer de sous-crépitations à la partie moyenne du poulmon droit, cependant la malade reste apyrétique. Le 8, la tension est de 8,5 maxima, 5,5 minima, la malade quitte le service dix jours plus tard, convalescente.

Une seconde malade fut considérée pendant les quatre premiers jours de son séjour à l'hôpital comme suspecte de fièvre typhoïde, sa température était aux environs de 40 degrés, avec un pouls dissocié, 85 à 95 pulsations par minute, aucun symptôme pulmo-

naire, la tension était faible 9/8,5, les urines fortement albumineuses. La température tomba régulièrement de 39 à 37 degrés en trois jours et c'est seulement après cette défervescence qu'apparurent des signes de broncho-pneumonie, les signes persistèrent longtemps alors que la malade se maintenait entre 37 et 38 degrés. Cette forme de grippe fut longue, la malade resta un mois et demi à l'hôpital et sortit étant encore très asthénique. Cette malade se rapproche de cas qui ont été si couramment observés pendant l'épidémie de 1870-1871.

Nous avons rencontré comme *complications urinaires* une fois de l'anurie et une pyélonéphrite à colibacilles chez une femme enceinte.

L'anurie se présenta comme symptôme de début chez une malade de vingt-trois ans, cette anurie dura deux jours, et fut accompagnée de douleur au niveau du rein gauche et sur tout le trajet de l'uretère du même côté. Au moment où la malade est entrée à l'hôpital il n'y avait plus aucune douleur au niveau du rein.

Voici notre cas de pyélonéphrite :

OBS XV. — Grippe. — Pyélonéphrite à colibacilles. — Gravidité. — Guérison.

Mme P..., vingt-huit ans.

Entre le 12 novembre salle Malgaigne, début par des douleurs de jambes et de la courbature, douleur dans la poitrine, toux, hémoptysie, vomissement. Température 38°2 asthénie profonde.

A l'examen submatité du sommet droit et de la base droite, râles sous-crépitaunts fins de ces régions.

Enceinte de quatre mois. Urines albumineuses.

La température dure quatre jours sans dépasser 38°4, sept jours d'apyrexie, puis deux clochers à 39 degrés, la malade se plaint de douleurs vagues dans le bassin, surtout à gauche. Six jours à nouveau sans fièvre, puis, nouvelle élévation thermique entre 38 et 39 degrés qui dure dix jours, à ce moment douleur rénale bilatérale, l'albumine augmente dans les urines, on constate de la pyurie à colibacilles, la malade urine 600 grammes par jour, en moyenne. On donne 1 gr.50 d'urotropine par vingt-quatre heures. les urines montent à deux litres et demi par jour. Le traitement est continué pendant dix-huit jours, on fait à nouveau la recherche du pus dans l'urine; cette recherche est négative. La malade quitte l'hôpital quinze jours plus tard.

Il serait plus juste de dire que cette malade a eu une complication de sa grossesse plutôt qu'une complication de sa grippe, nous savons en effet que les pyélonéphrites à colibacilles ne sont pas rares chez les femmes enceintes; mais, étant donné l'action de la grippe, maladie infectieuse, sur le rein, il est permis de se demander si cette maladie n'a pas déterminé la complication urinaire, d'autant plus que la malade a présenté de l'albumine dans ses urines dès le commencement de l'infection grippale.

Les cas de *grippe avec éruption* n'ont pas été fréquents pendant cette épidémie, nous en possédons

personnellement un seul cas, chez une femme enceinte n'ayant pris d'antipyrine à aucun moment. En 1889 ils furent beaucoup plus répandus et M. Legroux signalait des éruptions cutanées chez un tiers des grippés environ, sous forme de plaques scarlatiformes ou rubéoliformes.

Si nous remontons plus loin, en 1729 Fr. Hoffmann signalait des éruptions miliaires et des exanthèmes pourprés accompagnant la grippe. En 1857, F. Siredey note des érythèmes polymorphes.

Voici l'observation de notre malade.

OBS. XVI. — *Grippe avec éruption. — Foyer congestif. — Gravidité de quatre mois et demi. — Guérison.*

Oz... Augustine, vingt-quatre ans, domestique.

Entre le 8 février salle Bichat.

Début il y a dix jours par de la fatigue et de la courbature, vomissements les premiers jours, frissons huit jours avant son entrée, a pu continuer à faire, à peu près, son travail de domestique pendant cinq jours, elle s'est couchée le 3 février. Dernières règles le 15 septembre.

Examen. — Matité de la partie moyenne du poumon droit; à ce niveau souffle expiratoire et râles fins, à la base, matité et silence respiratoire. Rien à gauche.

Langue saburrale, bon aspect général.

Quelques taches dans le dos disparaissant à la pression, elles rappellent celles de la fièvre typhoïde mais sont plus foncées.

Raie blanche très marquée.

1. Société médicale des Hôpitaux, 13 décembre 1889.

Pas de température, la malade a presque régulièrement 36°8 le matin, 37°2 le soir pendant tout son séjour à l'hôpital et malgré les signes pulmonaires.

11 février. — L'éruption s'est accentuée.

Tâches rouges de la dimension d'une grosse lentille, leur contour est régulier, elles sont légèrement surélevées et disparaissent à la pression. Prédominance sur les membres, très nombreuses sur les cuisses, confluentes sur leur face antérieure et sur les fesses. Confluentes également sur la face d'extension des bras et des avant-bras.

Quelques taches ont un aspect violacé, purpurique, surtout à leur centre.

Quelques taches disséminées sur la face, le thorax, le bas de l'abdomen où elles vont d'une crête iliaque à l'autre en passant par le pubis, elles dessinent un croissant. Prurit, surtout la nuit, le deuxième et le troisième jour de l'éruption.

Le 17, l'éruption envahit tout l'abdomen, le thorax, le dos autour de l'ombilic, des mamelons, taches confluentes ; à la partie supérieure, moyenne et inférieure du dos trois lignes parallèles de taches confluentes ; l'éruption a pâli sur les membres, desquamation fine au niveau des anciennes taches.

Le 20, l'éruption a disparu, chaque ancienne tache est marquée par une teinte rose et par une desquamation très fine, en cercle.

La malade part guérie dix jours plus tard, la grossesse suit son cours normal.

CHAPITRE VI

Complications génitales et grippes chez des femmes enceintes

Bien que les malades du service de notre maître M. Siredey soient particulièrement examinées au point de vue génital, nous n'avons relevé que quatre fois des complications minimales, de cet ordre, et encore, elles survinrent trois fois chez des femmes à passé génital. Nous savons, cependant, qu'il y eut, durant cette épidémie, de vraies complications génitales chez des femmes bien portantes.

Voici nos cas :

G..., femme D..., vingt-huit ans.

Entre le 15 octobre.

Elle a eu des métrorragies quelques heures avant les frissons et la courbature initiale. Mais elle était enceinte et avait déjà des hémorragies au cours de sa grossesse.

Mme A..., vingt-cinq ans, entre le 15 octobre.

A eu des pertes rouges durant les huit premiers jours de sa grippe.

D... Bertha, vingt-trois ans, entre le 4 février.

Contagion intérieure. Ses règles sont venues, en dehors de leur date, au moment de sa grippe, mais elle était en traitement dans le service pour une salpingite et les irrégularités menstruelles sont fréquentes dans cette affection.

Mlle L..., dix-huit ans.

Entre le 18 novembre.

Pertes rouges dans les premiers jours de sa grippe. Malade succombe dans le service, on trouve à l'autopsie une volumineuse tumeur dégénérée de l'ovaire.

En somme, la symptomatologie se borna trois fois à des hémorragies du début de l'infection et une fois à une irrégularité menstruelle. Une seule de ces femmes était saine au point de vue génital.

Sur 8 femmes enceintes qui ont été soignées dans le service 2 accouchèrent à terme d'enfants vivants, bien constitués, une accoucha à huit mois d'un enfant mort, une autre avorta au deuxième mois de sa grossesse ; trois fois l'évolution de la grossesse ne fut pas influencée par l'infection grippale, une dernière malade, enceinte de sept mois, présenta une forme hypertoxique avec double pneumonie et suc-comba.

Même d'après ce nombre restreint de malades nous voyons l'influence fâcheuse de la grippe sur la grossesse, puisque sur 8 cas il y eut : un accouchement avant terme d'un enfant mort, un avortement de deux mois et une grippe particulièrement grave chez une femme enceinte de sept mois.

CHAPITRE VII

Thérapeutique

La thérapeutique employée chez nos malades fut la médication classique sténique à laquelle on ajouta des injections intra-veineuses d'or et d'argent colloïdal comme médication anti-infectieuse. La mortalité du service a été de 19 0/0, ce qui représente un chiffre plutôt faible pour l'épidémie actuelle.

La médication sténique fut toujours considérée comme la plus urgente et la plus indispensable, il fallait soutenir le système nerveux, si vite et si fortement atteint, relever la tension artérielle et le pouls.

L'huile camphrée en injections sous-cutanées fut utilisée jusqu'à la dose de 20 centimètres cubes par jour. La strychnine à celle de 2 à 4 milligrammes et la caféine à raison de 30 centigrammes. L'adrénaline fraîchement préparée à la dose de trente à quarante gouttes par jour.

La saignée copieuse au début, chez des malades cyanosées, paraissant en proie à une dyspnée surtout toxique, a toujours amené une amélioration, au moins passagère. Les ventouses scarifiées furent

parfois préférées dans les cas moins aigus mais leur action a été beaucoup moins évidente.

Dans les formes hypertoxiques nous avons eu recours à l'abcès de fixation. Nous utilisions, pour le provoquer, l'essence de térébenthine à raison de 2 centimètres cubes pour une injection faite dans du tissu cellulaire sous-cutané, lâche, à la face antéro-externe de la cuisse par exemple, pour permettre à la malade de reposer allongée sur le côté. Malgré la douleur et la gêne supplémentaires apportées par l'emploi de cette thérapeutique, elle nous a paru utile. Elle est aussi un élément de pronostic, les malades profondément infectées n'y réagissent pas, si l'état s'améliore, la réaction se produit, nous l'avons constaté chez une de nos malades graves.

L'or colloïdal, en injections intra-veineuses, nous a donné des résultats heureux chez des malades dont l'état paraissait désespéré à l'entrée. Il a cependant amené chez l'une d'elles une réaction très vive avec syncope inquiétante, la dose injectée avait seulement été d'un centimètre cube et c'était la deuxième injection.

L'action de l'électrargol nous a semblé moins évidente, mais nous n'avons utilisé que de très faibles doses : 2 centimètres cubes.

La médication qui nous a donné les meilleurs résultats dans les cas graves a été l'association de la saignée de 500 grammes environ, au début, jointe à une médication sténique énergique, aux injections intra-veineuses d'or colloïdal et à l'abcès de fixa-

tion. Deux de nos malades, dont l'état paraissait désespéré à l'entrée, ont été traitées de cette manière et ont guéri.

Si nous comparons ce que nous avons vu et lu de l'épidémie actuelle aux descriptions des épidémies antérieures nous sommes frappée de voir que chaque fait que nous avons observé a déjà été décrit antérieurement. La prédominance de certains symptômes pulmonaires, nerveux, gastro-intestinaux a pu détourner momentanément l'attention de l'ensemble invariable de la maladie : la fréquence des éruptions, par exemple, permit de discuter la possibilité de la dengue en 1889 (1), cette fois, la cyanose généralisée jointe à quelques troubles intestinaux fit penser au choléra, les formes foudroyantes pulmonaires avec expectoration rosée éveillaient dans l'esprit la possibilité de peste pulmonaire. Mais lorsqu'on put juger les faits avec un peu d'éloignement et les comparer aux récits anciens laissés sur la grippe, il fallut bien reconnaître qu'il s'agissait d'une seule et même maladie, toujours semblable à elle-même, dans le fonds. Chaque épidémie présente un ensemble un peu spécial donné par le caractère de la complication dominante : dysenterie en 1658, phénomènes bilieux en 1775, formes thoraciques en 1836, complications nerveuses en 1889. Mais les mêmes symptômes : céphalée, courbature, asthé-

1. Clinique de Grasset. *Montpellier médical*, 1890. Tome XIV.

nie, élévation thermique, contagion se retrouvent dans toutes les épidémies et nous étions bien encore une fois en face d'une ancienne épidémie de grippe particulièrement meurtrière.

CONCLUSIONS

1° La grippe est bien une maladie spéciale, elle a ressemblé cette fois à toutes les autres épidémies de grippe dont nous trouvons de nombreuses descriptions dans la littérature médicale.

2° Les complications pulmonaires sont les plus importantes de toutes, ce sont elles qui déterminent la gravité d'une épidémie.

3° Les complications pleurales ont été fréquentes, elles ne survinrent jamais en dehors des complications pulmonaires.

4° L'asthénie intense, la faible tension artérielle, la raie blanche de Sergent ont fait partie des symptômes fréquents et importants, probablement en rapport avec des altérations des capsules surrénales ; dans deux cas nous avons constaté des lésions macroscopiques de ces glandes.

5° Si les recherches bactériologiques n'ont pas encore déterminé avec précision le microbe pathogène, spécifique de la grippe, il est vraisemblable

que la maladie exagère la virulence de tous les germes pathogènes, saprophytes ou autres, c'est à ces microbes que sont surtout dues les formes graves de la maladie. Cependant elle n'a pas sévi cette fois, sur les organismes tarés avec la même intensité qu'en certaines autres épidémies et, en particulier, dans celle de 1889-1890.

Le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Ensemble de l'épidémie dans le service.....	11
CHAPITRE II. — Formes de la grippe suivant sa viru- lence	18
CHAPITRE III. — Complications thoraciques.....	26
1° Pulmonaires.....	26
2° Pleurales	40
3° Tuberculose.....	48
CHAPITRE IV. — Complications nerveuses.....	51
CHAPITRE V. — Autres complications.....	56
1° Gastro-intestinales.....	56
2° Urinaires	58
3° Eruption.....	59
CHAPITRE VI. — Complications génitales et grippes chez des femmes enceintes.....	62
CHAPITRE VII. — Thérapeutique	64
CONCLUSIONS	69

